

QUALIDADE DE VIDA E DOENÇA MENTAL

QUALIDADE DE VIDA

Conceito

O interesse das diversas disciplinas no estudo da QDV em muito se deve à sua **multidimensionalidade**, ao seu poder **heurístico** e ao seu valor **pragmático** (Canavarro, 2010)...

... mas que pelos seus diferentes usos e interpretações, o conceito torna-se **ambíguo** (Quartilho, 2010).

QUALIDADE DE VIDA

Conceito

(WHOQOL-Group)

Início em 1991.

Objetivos:

- Definir o conceito
- Construção de um instrumentos de medida
- Quinze centros internacionais

(Bankok, Tailândia; Beer Sheva, Israel; Madras e New Delhi, Índia; Melbourne, Austrália; Panamá City, Panamá; Seattle, USA; Tilburg, Holanda; Zagreb, Croácia; Tokyo, Japão; Harare, Zimbabwe; Barcelona, Espanha; Bath, Inglaterra; St Petersburg, Rússia; Paris, França)



QUALIDADE DE VIDA

Conceito

(WHOQOL-Group)

Qualidade de Vida

percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto cultural e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações

(Fleck et al., 1999a; Fleck et al., 1999b, 2000; Rapley, 2003; WHOQOL Group, 1995, 1998).



QUALIDADE DE VIDA

Conceito

(WHOQOL-Group)

Tem três aspetos subjacentes:

- Subjetividade
- Multidimensionalidade
- Presença de dimensões positivas e negativas



QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

Nos finais dos anos oitenta surgiu a expressão qualidade de vida relacionada com a saúde (QDVRS),

para se referir a investigações onde se estudava a QDV das populações com alguns problemas resultados de cronicidade de algumas doenças e/ou acidentes (Gaviria, Vinaccia, Riveros, & Quiceno, 2007).



QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

A QDVRS é um conceito mais estreito do que o conceito de QDV

- tenta capturar os aspetos da QDV que são influenciados pela **saúde/doença** e pelos **cuidados de saúde**, sendo, na teoria, o caminho mais prático para medir o impacto das doenças na QDV

(Saarni, 2008)

QDV e QDRS **relacionam-se**, sendo que a QDV tem um sentido mais amplo, enquanto que a QDRS se refere aos aspetos da QDV que estão diretamente relacionados com a doença e tratamento. As duas expressões são utilizadas frequentemente como sinónimos, principalmente em contextos de doença

(Pais-Ribeiro, 2002)



QDV COMO UM INDICADOR DE RESULTADO EM SAÚDE

- A conceptualização e a medição dos resultados de saúde são controversas
- A maioria dos indicadores existentes reflete o modelo da doença. Este modelo é uma concepção de anormalidade a qual é indicada por sinais e sintomas.
- A relação pessoal saúde-doente é indicada por sentimentos de dor e desconforto ou percepções de mudança no normal funcionamento.
- A doença pode resultar numa alteração biológica mas não necessariamente apenas neste aspeto.
- Para além disso, a pessoa pode sentir-se doente sem que a ciência médica lhe detete doença

(Bowling, 1997)



QDV COMO UM INDICADOR DE RESULTADO EM SAÚDE

Melhorar a QDV das pessoas deve ser um **objetivo intrínseco** de qualquer intervenção da saúde e a **justificação ética** para a existência da psiquiatria e de todas as especialidades da saúde

(Berlim & Fleck, 2003)



QDV DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

- A qualidade de vida ligada as pessoas com doença mental tem uma história mais recente

(Souza & Coutinho, 2006)

- Alguns fatores têm sido apontados para este crescente interesse na área da psiquiatria, e têm que ver com o encerramento de hospitais psiquiátricos tradicionais e com as políticas de desinstitucionalização que fomentam a (re)integração na comunidade

(Oliver et al. cit. por Souza & Coutinho, 2006)



QDV DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

Em Portugal tem sido fundamental o trabalho do Centro Português de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS para o desenvolvimento do conhecimento científico nesta área.



QDV DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

Recentes Investigações/publicações evidenciam esse trabalho, envolvendo pessoas com diagnósticos psiquiátricos e/ou sintomatologia depressiva, como:

- Depressão Major (Gameiro, Carona, Silva, & Canavarro, 2010);
- Doença Bipolar (Figueira, Leitão, & Gameiro, 2010);
- Esquizofrenia (Vaz-Serra, Pereira, Leitão, 2010);
- Sintomatologia Depressiva (Gameiro et al., 2008);
- Doença Bipolar; Depressão; Distímia e PDSOE (Macedo, 2013)



QDV DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

“The European Study of Epidemiology of Mental Disorders” que pretendeu avaliar o
impacte das doenças mentais na qualidade de vida...



QDV DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

Concluiu:

- que, para além das doenças mentais terem um impacto mais negativo na QDV do que as condições clínicas físicas, também entre as doenças mentais algumas têm mais impacto que outras.
- De acordo com o género, idade e comorbilidade física, as cinco doenças mentais com impacto mais forte e mais negativo foram a **distímia, episódio depressivo major, perturbação de pânico, fobia social e perturbação stress pós traumático**

(Alonso et al., 2004)



QDV DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

Ainda...

- Quando se avalia a QDV nas diferentes doenças mentais, os grandes grupos com piores índices de QDV são as **doenças depressivas** e as **doenças de ansiedade**
- De forma mais detalhada, os dados dizem-nos que a distímia, a agorafobia, a ansiedade generalizada e a fobia social são as que revelam índices de QDV mais baixos, mesmo mais abaixo do que na dependência do álcool

(Saarni, 2008)



QDV DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

Ainda...

- Quando são comparados pessoas com esquizofrenias e pessoas com doenças do humor, estes apresentam *scores* mais baixos na QDV do que os doentes com esquizofrenia

(Atkinson, Zibin, & Chuang, 1997)



QDV DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

Ainda...

- Tem sido assumido que pessoas com doença mental de **longa duração** (mais tempo de diagnóstico) tendem a adaptar-se à sua situação de doença, diminuem as suas expectativas, e a satisfação é obtida segundo parâmetros mais baixos.
- Contrariamente, adultos jovens com psicoses partilham das mesmas aspirações que os do mesmo grupo, experienciando níveis altos de insatisfação quando são incapazes de dar resposta às suas próprias expectativas.

(Mercier et al., 1998)



QDV DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

Ainda...

- Pessoas com esquizofrenias, quando comparadas com população geral sem doença, apresentam índices de QDV e Faceta de QDV Geral inferiores aos da população geral com diferenças significativas
- residentes há longos anos no hospital apresentavam os mais baixos índices de QDV, e os mais altos encontram-se em regime de tratamento ambulatorio.

(Vaz-Serra, Pereira, & Leitão, 2010)



QDV DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

Ainda...

- Quando são estudados sujeitos com Doença Bipolar, estes são comparados com uma amostra de controlo sem doença apresentando níveis significativamente inferiores de QDV em todos os domínios e também da Faceta QDV Geral

(Figueira, Leitão, & Gameiro, 2010)

- Pessoas com Depressão Major, apresentam piores índices de QDV, em todos os domínios e faceta QDV geral do WHOQOL-Bref um grupo da população geral e com um grupo de utentes dos cuidados de saúde primários

(Gameiro, Carona, Silva, & Canavarro, 2010).



QDV DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

Ainda...

- Tem-se verificado que o Impacte da depressão na qualidade de vida manifesta-se em grupos sintomáticos diferentes de doentes: depressão leve, moderada e grave, sendo superior no grupo que apresenta sintomas mais severos.

(Mcntyre, Barroso, & Lourenço, 2002)



QDV DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

Ainda...

- Ao avaliar-se a qualidade de vida em pessoas com outras **doenças do humor**, nomeadamente a **doença bipolar**, verifica-se que a maioria dos estudos efetuados indica que a qualidade de vida nessas pessoas é marcantemente diminuída, mesmo quando são considerados clinicamente eutímicos.

(Michalak, Yatham, & Lam, 2005)



QDV DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

Ainda...

- Os domínios da QDV são superiores em indivíduos sem diagnóstico de doença mental quando comparados com indivíduos com diagnóstico de doença mental
- A distímia, comparada com a doença bipolar, depressão e PDSOE é a que apresenta scores mais baixos em três dos 5 domínios da QDV do WHOQOL-Bref, com diferenças significativas entre as PDSOE nos domínios Físico e Psicológico.

(Macedo, 2013)



QDV DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

- Parece consensual que as pessoas com doença mental apresentam índices de QDV manifestamente inferiores às pessoas sem doença mental. **No entanto, essa diferença não é clara entre as diferentes doenças mentais.**
- Os estudos realizados são muito diversificados, quer nas amostras, quer nas metodologias utilizadas, quer nos contextos.



MEDIDAS DE QDV CONTRIBUIÇÃO PARA O PROCESSO DE RECOVERY

Recovery
Slade (2010)

- É um processo **individual**.
- enfatiza a centralidade na esperança, identidade, significado e experiência individual referindo-se a um entendimento individual, baseado em cada pessoa ou consumidor de recovery como um **“recovery pessoal”**.

Reflete, desta forma, uma **definição individual** e experiência vivida e exige um **envolvimento pessoal**, com base em **metas próprias**, pontos fortes, descoberta de significados, através de uma **recuperação da identidade** e papéis sociais.



MEDIDAS DE QDV

CONTRIBUIÇÃO PARA O PROCESSO DE RECOVERY

Recovery
Slade (2010)

- Esta perspetiva contrasta com tradicionais imperativos clínicos – “**recovery clínico**”, que enfatizam a importância da sintomatologia, funcionamento social, prevenção da recaída e a gestão de riscos.
- Nesta perspetiva, os serviços de saúde mental devem ser vocacionados, tal como as diretrizes apontam, para promover o **recovery pessoal**, significando que **não podem existir modelos únicos** respeitando a subjetividade do fenómeno. Para tal, a compreensão dessa subjetividade torna-se uma importante **habilidade clínica** inerente à intervenção em saúde mental.



MEDIDAS DE QDV

CONTRIBUIÇÃO PARA O PROCESSO DE RECOVERY

Recovery
Slade (2010)

- Ter como indicador de resultado a QDV é ter um importante dado, com grande dimensão subjetiva, para avaliarmos as medidas mais ajustadas a cada pessoa que vivencia um processo de recovery



MEDIDAS DE QDV

CONTRIBUIÇÃO PARA O PROCESSO DE RECOVERY

- Nenhuma doença existe no vazio, tornando-se impossível separar a pessoa doente do seu contexto individual e social especialmente quando esta enfrenta uma doença crónica e progressiva.
- Um caminho para se perceber este contexto individual e social é usar medidas relacionadas com a qualidade de vida

(Higginson & Carr, 2001)



MEDIDAS DE QDV CONTRIBUIÇÃO PARA O PROCESSO DE RECOVERY

As medidas de QDV se forem aplicadas com rigor e crítica podem servir como dados úteis para o planeamento em saúde e intervenção individual (Hansson, 2006; Souza & Coutinho, 2006) daí o interesse particular no que diz respeito à sua avaliação e mensuração quer individual, quer coletivamente (Laurenti, 2003).



INSTRUMENTOS DE MEDIDA DA QDV

Podemos encontrar dois grupos de instrumentos:

➤ Genéricos

➤ Específicos



INSTRUMENTOS DE MEDIDA DA QDV

➤ Genéricos

são aplicados à população geral sem especificar doenças e permitem a obtenção de valores do estado de saúde genérico dos indivíduos sem especificar a doença.



INSTRUMENTOS DE MEDIDA DA QDV

➤ Genéricos

Exemplos:

- The Sickness Impact Profile (SIP);
- The Nottingham Health Profile (NHP);
- The McMaster Health Index Questionnaire (NHIQ);
- The Rand Health Insurance/Medical Outcomes Study Batteries (HIS);
- The Short Form-36 Health Survey Questionnaire (SF-36);
- WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref

(Bowling, 1997)



INSTRUMENTOS DE MEDIDA DA QDV

➤ Específicos

Referem-se aos que são aplicados a populações específicas



INSTRUMENTOS DE MEDIDA DA QDV

➤ Específicos

Exemplos:

- WHOQOL-HIV (Canavarro, Pereira, Simões, & Pintassilgo, 2010)
- WHOQOL-OLD (Vilar, Simões, Sousa, Firmino, Paredes, & Lima, 2010),
- Palliative Care Outcome Scale (Ferreira & Brito, 2008)
- Stroke Adapted – Sickness Impact Profile; Stroke impact Scale; Stroke-Specific Quality of Life e o Quality of Life Index – Stroke Version (Santos, 2004).
- O Quality of Life- Alzheimer's Disease (QOL-AD) (Logsdon et al., 1999, 2002 cit. por Inouye, Pedrazzani, Pavarini, Barham, 2009).
- Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (QdV-DA) (Novelli, 2003, 2006 cit por Inouye, Pedrazzani, Pavarini, Barham, 2009)



INSTRUMENTOS DE MEDIDA DA QDV

WHOQOL-100

Versão portuguesa de Portugal cuja tradução e validação foi desenvolvida pelo Centro Português da Organização Mundial da Saúde para a Avaliação da Qualidade Vida representado pela Faculdade de Medicina e Psicologia e das Ciências da Educação da Universidade Coimbra

(Canavarro, Vaz Serra, Pereira, Simões, Quintais & Quartilho, 2006; Rijo, Canavarro, Pereira, Simões, Vaz Serra, & Quartilho, 2006; Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, & Quartilho, 2006)



INSTRUMENTOS DE MEDIDA DA QDV

WHOQOL-100

- Composto por seis domínios
 - físico
 - psicológico
 - nível de independência
 - relações sociais
 - ambiente e
 - aspetos espirituais/religião/crenças pessoais.
- Cada domínio é composto por facetas, num total de 24 facetas específicas e uma de QDV Geral
- A versão Portuguesa tem 25 facetas (Poder político)



INSTRUMENTOS DE MEDIDA DA QDV

WHOQOL-Bref

Foi traduzido e testado em Portugal, garantindo a validade científica do instrumento pelo Centro Português da Organização Mundial da Saúde para a Avaliação da Qualidade Vida representado pela Faculdade de Medicina e Psicologia e das Ciências da Educação da Universidade Coimbra

(Canavarro et al., 2006; Rijo et al., 2006; Vaz Serra et al., 2006)



INSTRUMENTOS DE MEDIDA DA QDV

WHOQOL-Bref

Composto por quatro domínios

físico

psicológico

relações sociais

ambiente e

Cada domínio é composto por facetas, num total de 24 facetas específicas e uma de QDV Geral

(Canavarro et al., 2006; Rijo et al., 2006; Vaz Serra et al., 2006)



Na investigação em psiquiatria a QDV é uma importante medida de resultado para podermos aferir medidas de intervenção. Uma das razões é o reconhecimento de que a predominância das clássicas medidas de resultado, como a mortalidade e a morbilidade, não é suficiente para melhorarmos as intervenções em saúde

(Masthoff et al., 2006)



Acreditamos, tal como Renzi, Tabolli, Picardi, Abeni, Puddu, & Braga (2005) que, a fim de melhorar a QDV das pessoas, temos de identificar entre os fatores associados a melhor qualidade de vida, aqueles que podem ser **modificados** por profissionais de saúde ou pelo sistema de saúde.



ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA QDV

➤ 4 ideias fundamentais:

- 1: A QDV é um conceito mensurável, heurístico e multidimensional.
- 2: As narrativas das pessoas devem ser tidas em conta dado que podem não ser suscetíveis de avaliação através do instrumento utilizado.
- 3: As estratégias devem ser individuais.
- 4: As estratégias devem ser dirigidas aos domínios que exigem mais a nossa intervenção por apresentarem scores mais baixos.



➤ 1 ideia fundamental para a recuperação pessoal

o percurso para a recuperação pessoal é, como o próprio termo indica, pessoal e único, ou seja, é um processo individual. A melhor forma de apoiar a recuperação pessoal do indivíduo varia de pessoa para pessoa.

Mike Slade (2009)



ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE QDV

Apoiando-nos na abordagem de Calman (1984) consideramos que a abordagem para redefinição da qualidade de vida deve ser individual, constante no plano terapêutico da cada um. Sugere-se uma abordagem pragmática para a definição da qualidade de vida e sua alteração ou revisão e avaliação que pode ser desenvolvida em quatro etapas:

- Avaliação – a própria pessoa lista os seus problemas e prioridades estimando as dificuldades, tendo em conta todos os aspetos da vida.
- Desenvolvimento de um plano para melhorar a qualidade de vida, com plena participação da pessoa em causa.
- Implementação das ações identificadas para satisfazer as necessidades específicas.
- Avaliação dos resultados da intervenção e revisão das metas estabelecidas.



100 MODOS DE APOIAR A RECUPERAÇÃO PESSOAL

UM GUIA PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL

COMISSÃO CONSULTIVA PARA A PARTICIPAÇÃO DE UTENTES E CUIDADORES
COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL

MIKE SLADE



ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE QDV

Domínio Físico

Q 3. Dor e desconforto

Q 4. Dependência de medicação ou tratamentos

Q 10. Energia e fadiga

Q 15. Mobilidade

Q 16. Sono e repouso

Q 17. Atividades da vida diária

Q 18. Capacidade de trabalho

- **Dar a devida importância ao ciclo sono/vigília promovendo momentos de atividade diária e promover intervenções psicoterapêuticas, nomeadamente baseadas no relaxamento.**
- **Promover momentos de exercício físico durante o dia.**
- **Promover oportunidades de participação em atividades de vida diária, promovendo neste campo, também o autocuidado.**
- **Monitorizar a adesão ao regime farmacológico prescrito.**
- **Descentralizar (com as devidas precauções) a atenção exagerada da dependência da medicação, promovendo uma atitude de autogestão de outros aspetos que podem fazer parte do regime terapêutico.**
- **Proporcionar trabalho baseado nos pontos fortes/competências, nas esperanças e sonhos.**



ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE QDV

Domínio Físico

Q 3. Dor e desconforto

Q 4. Dependência de medicação ou tratamentos

Q 10. Energia e fadiga

Q 15. Mobilidade

Q 16. Sono e repouso

Q 17. Atividades da vida diária

Q 18. Capacidade de trabalho

- **Valorizar e orientar o cliente na avaliação e tomada de decisão relacionada com a sua saúde mental e regime terapêutico a seguir, baseado em características individuais, tais como cultura, etnicidade, género, crenças, idade, problemas de saúde mental.**
- **Ensinar a pessoa a identificar sinais e sintomas de recaídas**



ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE QDV

Domínio Psicológico

Q 5. Sentimentos positivos

Q 6. Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais

Q 7. Pensamento, aprendizagem, memória e concentração

Q 11. Imagem corporal e aparência

Q 19. Autoestima

Q 26. Sentimentos negativos

- **Solicitar à pessoa que fale sobre as suas experiências e objetivos de vida.**
- **Os profissionais devem encorajar a espiritualidade.**
- **Disponibilizar o acesso a experiencias espirituais, orações , locais de culto religioso ou a recursos on-line.**
- **Promover momentos de trabalhar a imagem corporal e aparência.**
- **Promover exercícios de desenvolvimento do pensamento, aprendizagem, memória e concentração (de forma contínua).**
- **Promover exercícios de promoção de autoestima (perceber a razão da diminuição da autoestima, procurar *com* a pessoa recursos internos e externos que ajudem a promover a autoestima...).**
- **Ensinar a pessoa a identificar sinais e sintomas de recaídas.**
- **Reconhecer as habilidades da pessoa para a sua reabilitação psicossocial**



ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE QDV

Domínio Psicológico

Q 5. Sentimentos positivos

Q 6. Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais

Q 7. Pensamento, aprendizagem, memória e concentração

Q 11. Imagem corporal e aparência

Q 19. Autoestima

Q 26. Sentimentos negativos

- **Promover da autorresponsabilização da pessoa pelo processo de reabilitação psicossocial.**
- **Encorajar as pessoas a ajudarem os outros.**
- **Criar condições de acesso a experiências que gerem prazer.**
- **Ampliar o sucesso pessoal e fomentarem a integração de experiências positivas na identidade pessoal.**
- **Explorar o historial das estratégias de *coping* utilizadas no passado.**
- **Promover o envolvimento familiar no processo terapêutico.**



ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA QDV

Relações Sociais

Q 20. Relações pessoais

Q 21. Atividade sexual

Q 22. Apoio social

- **Apoiar os relacionamentos pessoais, nomeadamente o relacionamento entre pares – Grupos de auto ajuda.**
- **Distribuir às pessoas informação escrita sobre a recuperação pessoal e como estas fatores interferem nessa recuperação.**
- **Valorizar a sexualidade, explorando a satisfação com a sua atividade sexual.**
- **Proporcionar a familiarização com os recursos eletrónicos.**
- **Valorizar o relacionamento com os profissionais de saúde (parceria – reciprocidade).**
- **Avaliar Suportes Sociais (de relacionamentos).**
Quem é que o(a) apoia em momentos de crise? Quem é que você apoia?
- **Informar sobre acesso a redes de suporte social.**
- **Promover o envolvimento familiar no processo terapêutico.**



ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA QDV

Ambiente

Q 8. Segurança física

Q 9. Ambiente físico (poluição/barulho/trânsito/clima)

Q 12. Recursos económicos

Q 13. Oportunidades para adquirir novas informações e competências

Q 14. Participação e/ou oportunidades de recreio e lazer

Q 23. Ambiente no lar

Q 24. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade

Q 25. Transportes

- **Avaliar a mestria sobre o ambiente circundante.**
- **Disponibilizar informação sobre os recursos sociais e de saúde existentes.**
- **Fomentar a familiarização com os recursos eletrónicos.**
- **Fornecer o apoio social possível.**
- **Fomentar mudanças ambientais facilitadoras da reinserção social.**
- **Fomentar o esclarecimento sobre aspetos importantes que a família deve saber, para poder ser um verdadeiro parceiro nos cuidados.**



ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA QDV: Avaliação da intervenção (Modelo de Resposta)

Afaf Meleis

Indicadores de processo:

1. Sentir-se ligado (sentir e contar com novos apoios e continuar com os antigos...).
2. Interagir (através da interação com os profissionais, familiares e os amigos mais facilmente o significado da transição e os comportamentos são integrados).
3. Localizar-se e estar bem situado (fazer comparações entre a vida, as relações, as experiências, as práticas...antes e durante a experiência da transição).
4. Desenvolver confiança e mecanismos de *coping* (desenvolver confiança significa: o grau de compreensão relativamente ao diagnóstico (por exemplo) melhorou, o grau de compreensão relativamente a recursos a utilizar melhorou...).



ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA QDV: Avaliação da intervenção (Modelo de Resposta)

Indicadores de resultado:

1. **Mestria** - refere-se à necessidade de desenvolver novas habilidades e comportamentos para gerir o processo de transição: a necessidade de desenvolver competências na monitorização e interpretação de sinais e sintomas, tomar decisões, providenciar ações, acesso aos recursos, capacidades instrumentais, trabalhar em colaboração com os profissionais de saúde...
2. **Integração fluida da identidade** - a experiência da transição resulta na reformulação da identidade que leva a uma melhor adaptação. A integração de novos comportamentos, novas experiências, novos contextos culturais, económicos, sociais e políticos, novas competências, transformam a identidade, promovendo melhores condições para que a experiência de transição seja saudável.



ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA QDV

Para refletirmos....

Tudo o que se vai produzindo e vivenciando não deve ser analisado em separado

As estratégias de promoção de QDV estão relacionadas com:

- o processo de recuperação pessoal e clínico (recovery)
- as estratégias de redução do estigma existentes relativamente à pessoa com doença mental
- a legislação que se pretende que vigore em Portugal (que pode facilitar ou dificultar o processo de recuperação centrada na pessoa com doença mental abandonando o poder paternalista do profissional de saúde
- o Regulamento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental (Ordem dos Enfermeiros, 2011)
- a adesão ao regime terapêutico nas doenças crónicas (WHO, 2003)



ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA QDV

- os modelos de saúde/doença. O que se preconiza com as políticas é que seja utilizado um **efetivo modelo holístico**, modelo **integrador** em que a pessoa tem **autonomia** sobre o seu estado de saúde, abandonado, desta forma, os modelos paternalistas (biomédico e biopsicossocial)
- os modelos teóricos que vão surgindo pela investigação
- a conjuntura nacional que pede (obriga) que façamos o melhor e que não fornece condições que favoreçam esse trabalho, nomeadamente recursos humanos para que possamos trabalhar com as pessoas individualmente e de forma contínua
- a formação e motivação dos profissionais às vezes comprometida por fatores externos
- as barreiras que vamos encontrando neste contexto para fazer investigação. O acesso às amostras clínicas não é fácil (sigilo profissional, o compromisso – contrato, os registos...)



ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA QDV

Acreditamos, tal como Renzi, Tabolli, Picardi, Abeni, Puddu, & Braga (2005) que, a fim de **melhorar a QDV** das pessoas, temos de identificar entre os fatores associados a melhor qualidade de vida, **aqueles que podem ser modificados por profissionais de saúde ou pelo sistema de saúde.**



ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA QDV

Independentemente destas razões estamos certos que vamos fazendo o nosso melhor.

A ética profissional prevalece.

Mantendo a DIGNIDADE da pessoas com doença mental como variavel CENTRAL



QUALIDADE DE VIDA E DOENÇA MENTAL

Muito obrigada!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, J., Angermeyer, M., Bernet, S., Bruffaerts, R., Brugha, T., ...& Vollebergh, W. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Suppl. 420), 38-46.
- Atkinson, M., Zibin, S., & Chuang, H. (1997). Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the Self-Report Methodology. *The American Journal of Psychiatry*, 154 (1), 99-105.
- Bowling, A. (1997). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. (2ª ed.). Philadelphia: Open University Press
- Berlim, M., & Fleck, M. (2003). "Quality of life": a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (4), 249-252.
- Canavarro, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões M., Quintais, L., & Quartilho, M. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 15-23.
- Canavarro, M. (2010). Qualidade de vida: significados e níveis de análise. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.). *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial da Saúde* (pp. 3-18). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M., Pereira, M., Simões, M., & Pintassilgo, A. (2010). WHOQOL-HIV disponível para Portugal: desenvolvimento e aplicação do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.). *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 205-228). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Corrigan, P., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57 (8), 464-469.
- Ferreira P., & Brito A. (2008). Medir qualidade de vida em cuidados paliativos. *Acta Medica Portuguesa*, 21, 111-124.
- Figueira, M., Leitão, J., & Gameiro, J. (2010). Qualidade de vida em doentes bipolares. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.). *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial da Saúde* (pp. 283-298). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Fleck, M., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., & Vieira, G. (1999a). Desenvolvimento da versão portuguesa do instrumento de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 19-28.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., & Santos, L. (1999b). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 32, 198-205.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., & Santos, L. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34 (2), 178-183.
- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M., Simões, M., Rijo, D., ...& Vaz Serra, A. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 103-112.
- Gameiro, S., Carona, C., Silva, S., & Canavarro, C. (2010). Qualidade de vida e depressão: um estudo comparativo com doentes com diagnóstico clínico de depressão major, utentes de centros de saúde e indivíduos da população geral. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.). *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial da Saúde* (pp. 299-323). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M., & Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe* (20), 50-75.
- Goffman, E. (1988). *Estigma - Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

REFEÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hansson, L. (2006). Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (suppl. 429), 46-50.
- Higginson, I., & Carr, A. (2001). Measuring quality of life: using quality of life measures in the clinical setting. *British Medical Journal*, 322, 1297 - 1300.
- Holmes, S. (2005). Assessing the quality of life—reality or impossible dream? a discussion paper. *International Journal of Nursing Studies* 42, 493-501.
- Hugo, M. (2001). Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 419–425.
- Inouye, K., Pedrazzani, E., Pavarini, S., & Barham, E. (2009). Instrumentos específicos para mensurar a qualidade de vida na demência: levantamento, descrição, análise e comparação. *Temas em Psicologia*, 17 (2), 541-552.
- Kluthcovsky, A., & Takayanagui, A. (2007). Qualidade de vida - aspectos conceituais. *Revista Salus-Guarapuava -PR*, 1 (1), 13-15.
- Lundberg, B., Hansson, L., Wentz, E., & Bjökmán, T. (2007). Sociodemographic and clinical factors related to devaluation/discrimination and rejection experiences among users of mental health services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 295-300.
- McIntyre, T., Barroso, R., & Lourenço, M. (2002). Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes. *Saúde Mental*, IV, (5), 13-24.
- Mercier, C., Péladeau, N., & Tempier, R. (1998). Age, gender and quality of life. *Community Mental Health Journal*, 34 (5), 487-500.
- Pais-Ribeiro, J., & Guterres, M. (2002). A qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crónicas apoiadas por serviços comunitários. In *Actas do 4º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 283-289). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Quartilho, M. (2010). Qualidade de vida, felicidade, saúde, bem-estar, satisfação. Pessoas, sociedades, culturas. O que importa?. In M. C. Canavarro; A. Vaz Serra (Eds), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 55-126). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Rapley, M. (2003). *Quality of life: A critical introduction*. London: Sage Publications.
- Rijo, D., Canavarro, M.C., Pereira, M., Simões, M., Vaz Serra, A., & Quartilho, M. (2006). Especificidades da avaliação da qualidade de vida na população portuguesa: o processo de construção da faceta portuguesa do WHOQOL-100. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 25-30.
- Saarni, S. (2008). Health-Related quality of life and mental disorders in Finland. Academic Dissertation, Department of Mental Health and Alcohol Research. National Public health Institute, Helsinki and Department of psychiatry of Helsinki: Helsinki.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research* 10 (26). Consultado em Novembro 6, 2010, em <http://biomedcentral.com/1472-6963/10/26>
- Souza, L., & Coutinho, E. (2006). Factores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 28 (1), 50-58.
- Vilar, M., Simões, M., Sousa, L., Firmino, H., Paredes, T., & Lima, M. (2010). Avaliação da qualidade de vida em adultos idosos: notas em torno do processo de adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.). *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial da Saúde* (pp. 229-250). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., & Quartilho, M. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 31-40.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mood Disorders Society of Canada (2007). Stigma and discrimination – as expressed by mental health professionals. Acedido em 14, novembro, 2012, em http://www.mooddorderscanada.ca/documents/Publications/Stigma_and_discrimination_as_expressed_by_MH_Professionals.pdf
- WHO Group (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. Social Science and Medicine, 41, 10, 1403-1409.
- WHO Group (1996). What Quality of Life?. World Health Forum, 17 (4), 354-356.
- WHO Group (1998). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Social Science and Medicine, 46, 12, 1569-1585.

QUALIDADE DE VIDA E DOENÇA MENTAL

Muito obrigada!

